

# 予診表 昭和町歯科クリニック 03-3810-7369

適切かつ安全な歯科治療のために御協力下さい。

患者さんのお名前 <small>フリガナ</small> ( 才 )	生年月日 年 月 日
ご住所 〒	TEL
勤務先	TEL
御紹介者 様	E-mail

どうなさいましたか	痛みがある 歯ならびが気になる 歯ぐきが気になる つめものがとれた その他 ( )	ムシ歯の治療をしたい 入れ歯を入れたい 歯石をとって欲しい 検査をして欲しい
歯科医院で麻酔の注射をした事がありますか	はい.....その時 いいえ	異常なし 麻酔がききにくかった 貧血を起した その他
今迄に大きな病気や手術をした事がありますか	1) 卒中 4) 腎臓病 7) 高血圧 ( / ) 9) リューマチ 11) その他 ( ) そのうち今治療中の病気は (番号で ) なし	2) 肝炎 5) 糖尿病 10) 潰瘍 (胃・十二指腸) 3) 心臓病 6) 結核 8) ゼンソク
薬をのんで副作用はありませんか	ない ある	胃が悪くなる かゆくなる 発しんができる その薬品名 ( )
現在は何かの薬をのんでいますか	いない いる (その薬品名 )	
特異体質やアレルギーはありませんか	ない ある	かぶれやすい ぜんそくがある じんましんが出る
現在内科と他科の医院に通院していますか	ない ある (院名 )	
現在の健康状態は	良好 (女性の方) 生理中 普通 不良 妊娠 ( ヶ月 )	
治療は	健康保険の範囲内で治療したい 相談の上 一部自費でもかまわない	
このホームページを 何でお知りになりましたか		
その他 何かございましたらお書き 下さい		

昭和町歯科クリニック 03-3810-7369

東京都北区昭和町 2-7-1 山口ビル 2F

診療時間 / 午前 10:00 ~ 13:00

午後 14:30 ~ 20:00 (土曜は 17:00 まで)

休診日 / 日曜・祝日

最寄駅 / JR 高崎線・東北線 尾久駅 徒歩 1分

